

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

POUR LE

N°
504

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves JAFFRÉ

Né le 1^{er} mars 1907 à Collorec (Finistère)

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DE LA

**PROPHYLAXIE DU RHUMATISME
CHRONIQUE**

ET DE SES CONSÉQUENCES SOCIALES

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

204

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yves JAFFRÉ

Né le 1^{er} mars 1907 à Collorec (Finistère)

CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE

DE LA

**PROPHYLAXIE DU RHUMATISME
CHRONIQUE**

ET DE SES CONSÉQUENCES SOCIALES

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLJARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
FONZELLOT Clinique médicale.
L'UVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCC Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEILL-HALLE ...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Mort au Champ d'honneur en
Champagne le 25 septembre 1915.

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour
filial.

A MON FRÈRE JEAN

A MES SŒURS

MARIANNE ET ANNE-MARGUERITE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Inspecteur général des services d'Hygiène
à la préfecture de Police
Conseiller technique sanitaire
du Ministère de la Santé publique
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.

AU DOCTEUR PATOU
Médecin de l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

Dont nous avons tout appris.

AU DOCTEUR DRAGO
Chirurgien-adjoint
à l'Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges

AU DOCTEUR GRÈZE
Médecin légiste de la Seine-et-Oise

AU DOCTEUR HENRI GUILLUY
Du dispensaire de Versailles

A TOUS CEUX
DONT NOUS AVONS ÉTÉ L'ÉLÈVE
A TOUS NOS AMIS ET PARENTS

AU PROFESSEUR FOLLET
De l'Hôtel-Dieu de Rennes (in memoriam)

AU PROFESSEUR MARQUIS
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Rennes

A MONSIEUR BOPPE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Dont nous avons été l'interne
à l'hôpital de Villeneuve-Saint-
Georges.

I. INTRODUCTION

Il y a relativement peu d'années, une quinzaine environ, qu'on commença à parler de la lutte contre le rhumatisme, qu'on commença à entrevoir l'importance du problème, la gravité de la maladie, la gravité de ses conséquences individuelles et sociales. La Suède fut le premier pays qui déclencha une lutte, officielle, organisée, scientifique.

Depuis, dans le domaine théorique, furent faits des progrès considérables. Le vague mot de « rhumatisme chronique » fut démembré et on commença à entrevoir le rhumatisme infectieux, le rhumatisme endocrinien, l'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative etc. Au fur et à mesure que chaque cas particulier pouvait être isolé et étudié, on essayait de lui adapter un traitement plus ou moins spécifique. Mais on s'aperçut rapidement que le traitement des affections rhumatismales est un traitement compliqué nécessitant des installations d'agents physiques, des cures hydro-minérales, une collaboration médico-chirurgicale permanente ..., que c'est également un traitement de longue haleine qui ne pouvait pas être appliqué dans

les établissements hospitaliers aussi modernes soient-ils.

Ainsi le « rhumatisme » apparut comme une maladie spéciale au même titre par exemple que la tuberculose. Les médecins rhumatologues se groupèrent et fondèrent la Ligue internationale contre le rhumatisme. Ainsi à partir de 1920 et après l'exemple donné par la Suède, chaque pays commença sa lutte anti-rhumatismale : construction d'hôpitaux pour rhumatisants, création d'un service social pour l'orientation professionnelle des rhumatisants qui restent avec un certain degré d'invalidité, etc. Nous verrons dans un chapitre ultérieur l'effort que chaque pays a fait dans ce domaine.

Cet effort se poursuit en France comme partout ailleurs et dans quelques années on est en droit d'espérer que selon l'expression de M. M.-P. Weil, on ne verra plus de « porteurs aux halles atteints de luxation de la hanche ».

Dans notre thèse nous nous proposons d'envisager les mesures à prendre aussi bien en ce qui concerne la prophylaxie que le traitement curateur du rhumatisme chronique. Nous montrerons d'abord la fréquence des affections rhumatismales ainsi qu'elle résulte d'après les statistiques faites dans les centres anti-rhumatismaux les plus importants ; nous décrirons très rapidement les grandes lignes du traitement

des rhumatismes chroniques ; ce chapitre n'aura pour but que de montrer que ce traitement polymorphe et de longue durée nécessite une installation spéciale, une collaboration permanente entre médecin rhumatologue, chirurgien, orthopédiste, radiologue etc.

Nous verrons ensuite ce qui a été réalisé en pratique dans un certain nombre de pays en ce qui concerne la lutte anti-rhumatismale et nous terminerons en étudiant ce qui a été fait et ce qui reste à faire en France dans ce domaine.

II. FRÉQUENCE DU RHUMATISME CHRONIQUE

Depuis plusieurs années les rhumatologues de tous les pays du monde signalent sans arrêt la fréquence et l'importance toujours croissante des affections rhumatismales. Il est à peine besoin de citer des noms comme ceux de Kahlmeter de Suède, Coppman de Grande-Bretagne, Mathieu-Pierre Weil, Forestier, Laignel-Lavastine en France etc., qui ne cessent de proclamer l'importance du rhumatisme en tant que maladie sociale. Les quelques statistiques que nous pourrons apporter montreront en effet ce que les affections rhumatismales coûtent à la société et qu'elles créent une invalidité comparable à celle créée par la tuberculose contre laquelle on essaie à l'heure actuelle de lutter par tous les moyens.

En Suède l'enquête du Professeur Kahlmeter en 1922 montra qu'après la « débilité sénile » et « l'artériosclérose » qui a elles seules donnaient lieu à pension dans 55 % des cas, le rhumatisme articulaire chronique était la cause la plus fréquente d'invalidité pré-

coce. Il apparaissait en effet comme tel dans 10, 12% des cas. La conclusion de cette enquête était « que le « rhumatisme chronique était en Suède l'affection la « plus onéreuse au point de vue de l'économie nationale ».

Selon Osgod, 12% de la population entière des **Etats-Unis** souffre de rhumatisme. Dans le seul Etat de Massachussets sur 4.380.000 personnes, il y a 140.000 rhumatisants (16.000 tuberculeux et 11.500 cancéreux). Le rhumatisme est donc neuf fois sur dix plus fréquent que la tuberculose et douze fois plus fréquent que le cancer.

En Angleterre d'après des statistiques faites en 1924¹ sur 91.000 malades on trouva plus de 2.500 cas de rhumatisme. Cette maladie a coûté en pensions pendant cette année un chiffre de 1.840.000 livres sur un total de 11.476.605 livres payés. D'après une autre statistique (Glover, *Rapport au Royal college of physicians*, 1920) en Angleterre sur 2.000 personnes assurées, le rhumatisme atteint annuellement 55 soit 2,75%.

Au Danemark parmi 10.000 adultes de 15 à 60 ans, 15 cas de rhumatisme se déclarent tous les ans.

Ces chiffres sont, nous le pensons, assez évocateurs pour ne plus allonger cette liste de statistiques.

1. *Incidence of Rheumatism*, publié en 1924 par le Ministère de la Santé.

* * *

Autant le rhumatisme articulaire aigu est l'apanage de l'enfance et de l'adolescence, autant le rhumatisme chronique ne se voit qu'à l'âge adulte. A la campagne, la proportion des formes chroniques augmente surtout à partir de 30 ans. En Allemagne, selon Fischer, au-dessus de 40 ans, 75 % des ouvriers industriels souffrent de rhumatisme chronique. En Angleterre, la statistique du ministère de la Santé portant sur les assurés sociaux indique 15 à 20 rhumatisants p. 1000 à l'âge de 35 ans et 65 p. 1000 à 60 ans et au-dessus.

Le sexe masculin est dans l'ensemble le plus frappé. En Angleterre sur 2.000 assurés, 32 hommes souffrent de rhumatisme et 22 femmes. Selon Glover, l'ostéoarthrite de la hanche serait bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Il en est de même de la sciatique, du lumbago, de la goutte.

* * *

Mais le chapitre de beaucoup le plus important est certainement celui de la fréquence du rhumatisme selon les diverses professions, c'est en somme l'étude de l'influence de certaines conditions sociales sur l'étiologie du rhumatisme. Etudier ces conditions

sociales, c'est tracer le programme de la prophylaxie des affections rhumatismales.

Personne ne nie plus à l'heure actuelle l'influence possible du traumatisme. Qu'il intervienne comme cause déterminante ou qu'il agisse en tant que facteur exagérant des troubles préexistants, son rôle est indéniable. C'est dire la fréquence des rhumatismes chez les *ouvriers d'usines*, qui répètent continuellement, quotidiennement les mêmes gestes, qui fatiguent toujours un même segment de membre, qui entraîne à la longue un surmenage articulaire indiscutable, une véritable usure dont la conséquence à plus ou moins brève échéance sera la constitution d'une arthrite.

Il est un deuxième facteur qui joue un rôle des plus importants dans la genèse des affections rhumatismales. C'est le milieu au sein duquel l'individu exerce son « climat professionnel ». Tempelaar et Van Bree-men ont montré en 1931 que sur 3.000 sujets atteints de rhumatisme, ceux qui, du fait de leur métier étaient soumis aux variations atmosphériques, à l'humidité, aux changements de température, étaient frappés avec une fréquence trois à cinq fois plus grande que ceux qui exerçaient une profession, sinon sédentaire, du moins à l'abri.

Le rhumatisme frappe avec une fréquence extraordinaire les travailleurs exposés à des températures

excessives : métallurgistes, boulangers, ouvriers des industries textiles, blanchisseurs etc. Une étude récente en Russie a porté sur 350 cheminots atteints de rhumatisme. Les lésions les plus profondes ont été observées chez les ouvriers qui exécutaient des travaux pénibles à l'air libre : chargeurs, accrocheurs, etc.

Quand nous aurons ajouté un dernier facteur, celui de « *l'attitude forcée* » nous aurons montré les principales conditions étiologiques d'ordre social du rhumatisme chronique. Il nous suffit de rappeler la fréquence du lumbago et de la sciatique chez les mineurs traités à Buxton (sur 452 mineurs rhumatisants, 71 % présentent des affections de cette nature).

Il va sans dire, enfin, que les conditions d'hygiène de l'endroit d'habitation, l'humidité, l'absence de lumière influent également et dans une grosse mesure sur le déterminisme des affections rhumatismales.

Nous reproduirons dans les quelques tableaux ci-joints des statistiques concernant la fréquence et le coût des affections rhumatismales. Elles ont été établies dans les centres anti-rhumatismaux les plus importants d'Europe. Nous les avons recueillies dans le n° *L'Hygiène sociale* de mai 1936, consacré au rhumatisme.

Quelques statistiques du centre de diagnostic et de traitement de Peto Place (extraites de l'article de J. Bach).

DURANT 1935

1.097 hommes et 2.116 femmes furent pris en charge parmi lesquels 268 hommes et 631 femmes ne terminèrent pas leur traitement.

Les chiffres suivants indiquent les résultats du traitement exprimés en pourcentage pour les 829 hommes et les 1.485 femmes ayant suivi le traitement complet.

Résultat général du traitement

	Hommes p. 100	Femmes p. 100	Moyenne p. 100
Guéris ou ne présentant plus aucun symptôme	53, 8	49, 0	50, 9
Définitivement améliorés ..	34, 5	36, 0	35, 1
Inchangés ou légèrement améliorés	11, 0	14, 0	13, 2
Empirés	0, 7	1, 0	0, 8

Résultat pour ce qui est des formes extra-articulaires

	Hommes p. 100	Femmes p. 100	Moyenne p. 100
Guéris ou ne présentant plus aucun symptôme	46, 3	45, 7	45, 9
Définitivement améliorés ..	37, 3	37, 2	37, 3
Inchangés ou légèrement améliorés	15, 4	15, 9	15, 8
Empirés	1, 0	1, 2	1, 0

Résultat pour ce qui est des formes articulaires

	Hommes p. 100	Femmes p. 100	Moyenne p. 100
Guéris ou ne présentant plus aucun symptôme	62, 0	54, 2	57, 4
Définitivement améliorés ..	31, 3	32, 5	32, 0
Inchangés ou légèrement améliorés	5, 8	12, 9	10, 0
Empirés	0, 9	0, 4	0, 6

STATISTIQUES RESUMEES SUR UNE PERIODE DE CINQ ANS 1931-1935 INCLUS

NOUVEAUX CAS

Année	Hommes	Femmes	Total	Moyenne par semaine	Assurés		Non assurés Total
					Total	Acceptés	
1931	1, 206	1, 840	3, 046	58	1, 731	1, 214	1, 315
1932	1, 072	1, 718	2, 790	53	1, 615	1, 136	1, 175
1933	1, 006	1, 713	2, 719	52	1, 510	1, 080	1, 209
1934	1, 069	1, 775	2, 844	54	1, 576	1, 133	1, 268
1935	984	1, 767	2, 751	53	1, 574	1, 121	1, 177

CURES TERMINEES

Année	Hommes	Femmes	Total	Malades retenus
1931	1, 012	1, 463	2, 475	148
1932	1, 171	1, 983	3, 154	46
1933	977	1, 641	2, 618	434
1934	1, 211	1, 975	3, 186	328
1935	1, 097	2, 116	3, 213	442

III. LES GRANDS TRAITEMENTS DES RHUMATISMES CHRONIQUES

Il n'est pas question dans un travail comme le nôtre — travail essentiellement de prophylaxie et d'hygiène sociale — d'étudier en détail les nombreux traitements des affections rhumatismales. Cependant, avant d'envisager les moyens d'éviter le rhumatisme et d'atténuer ses conséquences individuelles et sociales, nous voudrions tracer les grandes lignes des traitements actuellement appliqués. Nous étudierons successivement :

- Les traitements médicamenteux.
- Les traitements chirurgicaux.
- Les traitements par les agents physiques.
- Les traitements climatique et hydro-minéral.

A. Traitements médicamenteux

Ils sont nombreux aussi | nous bornerons-nous à envisager ceux qui sont employés de la façon la plus

fréquente dans le traitement des affections rhumatismales chroniquée, à savoir : l'iode, l'or, le soufre.

1) La chrysothérapie dans les rhumatismes chroniques a été surtout étudiée en France par Weissenbach, Françon, Gilbert-Dreyfus, Perlès, etc. Elle ne doit être employée que dans les formes infectieuses à savoir : le rhumatisme chronique progressif infectieux, le rhumatisme psoriasique, certaines formes de spondylose rhiromélique, la maladie de Chauffard Still, le rhumatisme tuberculeux, le rhumatisme gonococcique.

Pratiquement une seule voie est utilisée : la voie intra-musculaire. Les composés auriques le plus souvent employés sont l'aurothiopropanol-sulfonate de sodium ou allochrysine et l'aurothioglycose ou solganal B. Le premier se présente en solution aqueuse chiffrant 33% de son poids or. Actuellement on est d'accord pour injecter l'allochrysine par voie intra musculaire à la dose de 5 ou 6 cgr. une fois par semaine. La cure d'attaque totalisera : pour Coste 1 gr.-1gr. 50 du produit ; pour Forestier 1 gr.-1 gr. 30 ; pour Weissenbach 1 gr. 50 à 2 gr.

Nous ne ferons que signaler ici les multiples incidents et accidents de la thérapeutique aurique. Ils débordent le cadre de notre sujet.

La thérapeutique aurique semble dans l'ensemble

donner de bons résultats. Après une aggravation momentanée on voit l'état général s'améliorer : l'appétit augmente, la température s'abaisse à la normale, les forces reviennent, le teint se recolore.

Localement, les douleurs, l'impotence fonctionnelle et le gonflement des jointures diminuent. Biologiquement, la sédimentation des hématies se ralentit, la réaction de Vernes-résorcine se négative. Mais une seule série aurique ne suffit pas à assurer la guérison. Une deuxième, identique, s'impose, après un intervalle de six semaines. Il faut compter en moyenne 18 mois de chrysothérapie pour guérir une polyarthrite déformante progressive chronique traitée à son début.

Ultérieurement, il sera indispensable de prescrire un traitement de consolidation ou de sécurité consistant en cures intermittentes cette fois de sels d'or et de formine iodée.

2) L'iode a son indication majeure également dans les rhumatismes chroniques infectieux de cause connue ou méconnue. Il est indiqué également dans les rhumatismes goutteux, les rhumatismes thyroïdiens, l'ostéoarthrite hypertrophique dégénérative, les rhumatismes algiques.

La seule contre indication du traitement iodé serait à l'heure actuelle pour Weissenbach, l'intolérance individuelle à ce produit. Les formes d'administration de l'iode sont multiples :

a) *La teinture d'iode* est employée comme traitement de fond et de longue durée dans le rhumatisme chronique progressif. On l'administre par voie buccale à doses progressives ou plus souvent encore sous forme de Lugol.

b) *L'iode colloïdal* existe actuellement sous forme de très nombreuses spécialités qui s'administrent par voie buccale ou intra musculaire.

e) *Les iodures* (de potassium, sodium, lithium) sont indiqués dans les rhumatismes syphilitique, saturnin, goutteux et s'administrent soit par la bouche, soit en injections sous cutanées ou intra musculaires.

d) *Les tannoïdes iodés* sont employés dans le rhumatisme tuberculeux sous la forme de sirop iodotannique simple ou phosphaté ou de sirop de raifort iodé.

d) *Les albumines iodées* contiennent moins d'iode mais sont mieux supportées.

f) *Les graisses iodées* enfin sont employées soit sous forme d'huile de foie de morue soit sous forme d'huiles iodées artificielles. Elles sont indiquées dans les rhumatismes tuberculeux, syphilitiques goutteux ; dans la sciatique et le lumbago.

g) *L'uroformine iodée* association d'iode et d'urotropine qui aurait une action irritative spéciale sur les tissus articulaires. Elles sont indiquées dans les rhumatismes infectieux de tout ordre. On les administre par voie intra musculaire, par voie veineuse ou par voie digestive.

h) Enfin nous ne ferons que signaler les pommades iodées, l'ionisation avec l'iodure de lithium et certains complexes iodés qui existent dans le commerce (iode combiné à la thiosinamine, iode combiné au soufre, iode combiné au salol, à l'hamamélis, etc.).

Le soufre est introduit depuis peu d'années dans la thérapeutique anti rhumatismale. Pour Loeper c'est un « aliment du cartilage et un modificateur puissant, profond et complexe de la nutrition articulaire et de la nutrition générale ». Il emploie de préférence l'huile soufrée, huile de sésame soufrée à 1/100 ou 1/200 dont on injecte tous les deux jours un demi à 2 cc. dans le muscle. Dans bon nombre de cas on obtient un assouplissement progressif, une diminution des douleurs, une réduction des crépitations, parfois la résolution des épanchements et l'atténuation des tuméfactions.

Parallèlement à cette amélioration locale on observe une réaction générale fébrile à 38°-38°5 qui est transitoire.

*
* *

A côté de ces trois médications chimiques, il nous faut citer les autres traitements médicamenteux des rhumatismes chroniques qui malheureusement doivent

Jaffré

être utilisés dans une large mesure, à savoir les analgésiques de toute sorte. Nous ajouterons la thérapeutique désensibilisante, la vaccinothérapie dans les formes infectieuses, les extraits glandulaires dans les rhumatismes avec note endocrinienne et les venins.

B. Traitement chirurgical

Les moyens que la chirurgie utilise pour traiter les affections rhumatismales peuvent agir de deux manières :

1) En agissant soit sur la cause provocatrice des lésions articulaires soit sur les mécanismes physiologiques par lesquels ces causes déterminent des lésions. Dans ce groupe rentrent les interventions sur les parathyroïdes par exemple.

2) Les interventions agissant directement sur les lésions articulaires ou périarticulaires de la chirurgie proprement dite et de l'orthopédie.

La parathyroïdectomie. Ses indications majeures sont le rhumatisme chronique progressif dans sa forme ankylosante et l'hypercalcémie. Les résultats globaux des diverses interventions thyro-parathyroïdiennes pratiquées dans les rhumatismes chroniques, d'après l'étude de René Simon portant sur 150 cas,

montrent dans l'ensemble 40 % d'échecs complets et 60 % d'améliorations post opératoires. En général quand elle survient l'amélioration est précoce (dans le mois qui fait suite à l'intervention) Ces améliorations qui sont toujours importantes peuvent être complétées par la suite par différents traitements ultérieurs, en particulier les traitement orthopédiques. La parathyroïdectomie a cependant un certain nombre de contre indications qui semblent nettes :

1° Les troubles statiques articulaires par malformation congénitale ou acquise.

2° Les rhumatismes chroniques infectieux.

3° Les phases ultimes du rhumatisme chronique progressif déformant.

4° Les formes anciennes de spondyloses ou spondylites dans lesquelles la colonne vertébrale est soudée en un véritable bloc osseux.

Les interventions sur l'articulation tendent à agir contre la déformation habituelle à laquelle chaque articulation est prédisposée de par sa morphologie et ses fonctions ; à utiliser les moyens qui protègent l'articulation contre le traumatisme, les attitudes vicieuses, etc. ; à obtenir en cas de besoin une ankylose solide et en bonne position. Nous passerons rapidement en revue les différentes méthodes chirurgicales employées en laissant de côté l'appareillage orthopédique permanent.

1) *Le redressement* a pour indications les ankyloses partielles, conséquences de l'ankylose fibreuse. On fait en général un redressement progressif à l'aide d'appareils à extension continue, appareils plâtrés, etc.

2) *La synovectomie* est indiquée dans les cas de chondromatose synoviale avec corps étrangers multiples libres, de synovite chronique, d'hydarthrose etc.

3) *Les ostéotomies et les résections osseuses*, les ténotomies, les sections musculaires ou aponévrotiques sont indiquées dans les cas d'ankylose partielle.

4) *Les arthroplasties* ont leur indication majeure dans l'ankylose osseuse avec tout processus inflammatoire éteint.

Enfin nous ne ferons citer d'autres opérations qui à vrai dire sont rarement utilisées en chirurgie articulaire : le forage de l'épiphyse gémoval, les opérations portant sur les ganglions et les rameaux sympathiques, etc.

3. Traitements physiques

Parmi les traitements par les agents physiques, nous énumérerons ceux qui sont le plus souvent utilisés en pratique :

1) *L'air chaud*, en douches ou pistolet, calme les douleurs, résorbe les exsudats, améliore les mouve-

ments articulaires. Il réussit surtout dans les rhumatismes polyarticulaires simples et les rhumatismes goutteux.

2) *Les rayons X* peuvent améliorer la talalgie blennorragique, les rhumatismes simples et la goutte. Le radium améliore certains rhumatismes goutteux, gonococciques et certains rhumatismes chroniques.

3) *La galvanisation bipolaire ou monopolaire*, l'électricité statique, la haute fréquence, la diathermie, calment le rhumatisme goutteux et l'arthrite sèche

4) Enfin *les rayons ultra violets, l'ionisation salicylée, lithinée, chlorée* ont leurs indications respectives dans le rhumatisme articulaire aigu, les arthrites sèches et les ankyloses.

D. Les traitements climatique et hydro-minéral

Les principales stations hydro-minérales dont peuvent bénéficier les rhumatisants sont les suivantes :

AIX-LES-BAINS, avec ses eaux sulfurées, calciques thermales. Il possède un Institut physiothérapique et un solarium tournant situé à 1 km. de l'institut thermal. Il est indiqué dans presque toutes les formes de rhumatisme.

BALARUC (eaux chlorurées sodiques chaudes, cuivreuses et magnésiennes). A côté des eaux de bois-

son on y emploie des boues naturelles extraites du lac de Thau, précieux adjuvant dans le traitement des affections rhumatismales.

BARBOTAN-LES-THERMES (eaux sulfurées sodiques carbo gazeuses). Ici aussi on utilise des boues végétales. Les bains de boue semblent donner dans le traitement des rhumatismes chroniques d'heureux résultats.

DAX (eau hyperthermale sulfatée calcique et magnésienne), a pour indications : le rhumatisme chronique d'étiologie imprécise quelle que soit sa forme : douloureuse, kylosante ou déformante ; le rhumatisme goutteux, le rhumatisme infectieux, le rhumatisme musculaire, etc. La cure à Dax est cependant contre indiquée dans les crises aiguës de rhumatisme et de goutte dans la grossesse, la tuberculose pulmonaire, l'albuminurie etc.

D'autres stations indiquées aux rhumatisants sont les suivantes : Bagnères-de-Bigorre, Bagnoles de Lozère, Barrège, Bourbon Lancy, Capvern, Euret, Evaux, Lamalou, Luxeuil, Nèris, Plombières, Saint-Amand, Tercis, Thuès, Vichy, Vittel, etc.

IV. LA LUTTE CONTRE LE RHUMATISME A L'ÉTRANGER

Avant d'étudier les diverses améliorations et réformes qui sont à faire en France du point de vue de la lutte antirhumatismale, nous voudrions passer en revue les divers moyens employés dans un grand nombre de pays d'Europe pour prévenir et combattre le rhumatisme chronique.

La Suède est le pays qui a donné en quelque sorte le signal de la lutte anti rhumatismale. Nous avons montré ailleurs la fréquence et l'importance capitale tant au point de vue économique que social des maladies rhumatismales en Suède. Si l'on a pris en Suède des mesures en vue de cette lutte dans des proportions considérables cela tient avant tout au fait que la « Direction des pensions » a pu se convaincre de bonne heure par des preuves statistiques de l'importance des maladies en question pour les assurances sociales. C'est le Professeur Kahlmeter de Stockholm qui en 1921 a publié les premières statistiques montrant « que le rhumatisme articulaire était en Suède une

« véritable maladie nationale plus importante même
« du point de vue de l'économie du pays que la tuber-
« culose pulmonaire ».

Les premiers établissements construits en Suède par la Caisse des pensions, contre le rhumatisme, sont au nombre de trois à Tranas, à Nynäs et à Are et comptent ensemble à l'heure actuelle 500 lits. Ce sont avant tout des établissements de physiothérapie pourvus d'un équipement complet et parfaitement moderne. Dans ces établissements on soignait surtout des cas de rhumatisme chronique progressif généralisé plus ou moins avancés mais en général des formes de rhumatisme pour lesquelles il n'aurait pas été possible d'obtenir l'admission dans les hôpitaux publics.

Mais on s'aperçut rapidement que pour mener avec succès la lutte contre les affections rhumatismales le point capital est de pouvoir traiter chaque cas de façon précoce et ceci amène comme conclusion la création de véritables hôpitaux pour les rhumatisants. C'est en 1923 que fut décidée la création de pareils hôpitaux spécialisés capables de garder ses malades pendant un temps suffisamment long et d'administrer un traitement prolongé.

Pendant les dix dernières années, six hôpitaux furent construits, chacun de 60 lits. Ces hôpitaux pour rhumatisants ont le caractère de pavillons hospitaliers tout à fait autonomes. Ils sont rattachés aux grands

hôpitaux généraux dont ils font partie intégrante et dont les médecins-chefs de la médecine interne en exercent la direction. Ce rattachement aux grands hôpitaux généraux assure la collaboration permanente du médecin, du chirurgien, du radiologue, de l'orthopédiste, etc., collaboration qui est une nécessité première pour toutes les formes de rhumatismes à tous les stades. Ces hôpitaux possèdent évidemment l'installation la plus complète et la plus moderne de physiothérapie.

Le séjour des malades, dans les hôpitaux pour rhumatisants est de 6-10 semaines et peut être renouvelé plusieurs fois. Outre le traitement médical, physiothérapique et orthopédique les hospitalisés reçoivent les soins dentaires. Il est procédé également en cas de besoin à l'amygdalectomie ou toute autre intervention sur un foyer d'infection.

Quels sont les résultats de cette grande organisation ? Nous aborderons dans un chapitre ultérieur ce sujet, mais disons tout de suite que même si on n'obtient que rarement une guérison anatomique, dans la grande majorité des cas on obtient une guérison « fonctionnelle ».

Voici par exemple les résultats des rhumatisants soignés dans ces hôpitaux en 1933 : 57 % rétablis, 26 % améliorés, 17 % sans changement (Kahlmeter).

En Grande-Bretagne la lutte contre le rhumatisme date depuis 1924 lorsque le ministère de la Santé publia un rapport intitulé : « Incidence of rhumatisme ». La publication de ce rapport orienta les yeux des médecins et du public sur le rhumatisme chronique. Le Congrès de Bath de 1928 marque également une date importante dans la lutte antirhumatismale ; en effet il permit d'évaluer les sommes fabuleuses versées tous les ans par les sociétés de bienfaisance pour maladie ou impotence consécutive au rhumatisme.

En 1929, la Société anglaise de la Croix Rouge ouvrit une clinique modèle. Cette clinique peut recevoir et soigner 500 malades par jour et le nombre des traitements s'élève actuellement à 85-90.000.

A côté de cette clinique modèle il est important de signaler les hôpitaux des villes d'eaux. A Bath, à Buxton, à Harrogate il existe des hôpitaux qui traitent en moyenne 1.500 malades par an. « Ils possèdent
« un personnel de médecins, de chirurgiens, de spécia-
« listes, ils ont leurs propres bains d'eaux minérales,
« des services d'électricité et de massage, des labora-
« toires et des appareils à rayons X. Ils vivent grâce
« à des dotations, des souscriptions et par ce que
« paient les malades, les sociétés auxquelles ceux-ci
« appartiennent. En moyenne le prix de revient d'un
« malade interne s'élève à 4-5 shillings par jour »
(W.-S.-C. Copeman).

D'autres centres de traitement du rhumatisme existent encore, à Woodhall Spa, à Strathpeffer, à Droitwich, à Sheffield. Enfin, la dernière clinique ouverte en 1932 est celle de la London general Omnibus Company qui comporte : massages, chaleur radiante, traitements électriques, etc.

La Hollande possède également des centres anti-rhumatismaux importants. A Amsterdam il existe un dispensaire pour rhumatisants pourvu d'un laboratoire pour examen du sang, métabolisme basal, examen radiologique etc. Tous les ans on soigne dans ce dispensaire plus de 4.000 rhumatisants. Quatre médecins s'y trouvent en permanence et de nombreux autres viennent une ou plusieurs fois par semaine pratiquer des examens complémentaires des affections cardiaques, gynécologiques, des maladies de la peau, des affections dentaires, etc.

Nous reproduisons à titre documentaire l'interrogatoire auquel est soumis chaque rhumatisant.

Questionnaire

- 1) Votre logement est-il humide à votre avis ?
- 2) Quelle partie en est surtout humide et comment est l'orientation de cette partie de votre habitation d'après les points cardinaux ?

3) Votre chambre à coucher est-elle humide ? Où se trouve votre chambre à coucher (au grenier, dans le sous-sol, à quel étage ?).

4) Votre cave ou votre sous-sol est-il humide ?

5) Le soleil pénètre-t-il dans votre maison et dans quelles chambres ?

6) En quelle saison avez-vous le soleil dans votre maison ?

7) Comment votre appartement est-il chauffé, au poêle ou au foyer, au chauffage central, etc. ?

8) A-t-on, en entrant une sensation de « cru » dans votre maison ? Dans l'affirmative, dans quels endroits.

9) Y a-t-il beaucoup de courants d'air chez vous ?

10) Demeurez-vous dans une maison neuve, qui n'a pas encore été habitée avant vous ?

11) La maison où vous demeuriez auparavant était-elle humide ?

12) Dormez-vous les fenêtres ouvertes ?

Voici d'autre part les *Conseils aux rhumatisants* qui sont distribués dans ce même dispensaire :

1) Qu'il demeure dans une maison sèche et qu'il prenne garde aux courants d'air.

2) Qu'il touche aussi peu que possible l'eau froide et qu'il se lave à l'eau chaude.

3) Qu'on ait soin de ne pas avoir froid aux mains et aux pieds par temps humide et froid. En général il est

recommandé aux rhumatisants en Hollande de porter des gants et des bas ou des chaussettes de laine.

4) Que tout mouvement forcé notamment courir trop vite, pousser quelque chose violemment présente plus de risque de perturbations chez un rhumatisant que chez un homme normal ; le repos prolongé n'est cependant pas conseillable non plus.

5) Que des selles abondantes sont nécessaires.

6) Que le régime doit le plus souvent être sobre mais doit être réglé individuellement suivant la déviation qui existe.

En Allemagne, les assurances sociales possèdent à Aix-la-Chapelle, en connexion avec la Faculté de Düsseldorf, un hôpital où les rhumatisants sont en majorité, avec 250 lits pour les hommes, 100 lits pour les femmes, un laboratoire spécialisé où on administre annuellement plus de 100.000 bains le plus souvent combinés avec d'autres traitements physiques.

A Berlin à l'hôpital Virchow et à celui de la Charité existent des centres physiothérapiques dont les rhumatisants forment la principale clientèle. A Dresde et à Hambourg-Barbeck existent de grands établissements physiothérapiques, ce dernier doté de 200 lits et appartenant aux assurances sociales. A Breslau, Stuttgart et maintes autres villes existent des Instituts analogues.

En Autriche à la clinique médicale de Wenckeback est annexée une section physiothérapique spécialisée dans le traitement des rhumatisants. D'autre part, un service pour rhumatisants existe à la polyclinique générale du Docteur Strasser. A l'hôpital municipal de Vienne se trouve une section physiothérapique où ces malades reçoivent tous les soins nécessaires. Il en est de même à la station sulfureuse de Baden, près de Vienne, ou existe un grand établissement avec 600 lits, deux sanatoriums forts bien aménagés et un grand nombre d'autres organisations pour le traitement du rhumatisme. En outre, les assurances sociales possèdent deux grands hôpitaux de 300 lits environ aux bains sulfureux de Schallerbach.

En Hongrie des instituts physiothérapiques pour les rhumatisants ont été créés à Hevitz, Győr, Balaton Budapest. Dans cette ville, les établissements de cure sont particulièrement nombreux avec lits et laboratoires spécialisés. Ce sont des établissements importants et modernes répondant à toutes les nécessités de la lutte anti rhumatismale. A l'Université de Budapest, le gouvernement pour montrer l'importance et l'intérêt qu'il porte à ces questions, n'hésita pas à créer dès 1932, une clinique spécialisée dans leur étude et leur enseignement.

En Belgique existe à Bruxelles, à l'Hôpital Brugmann un centre anti rhumatismal fondé en 1928 par le Comité belge contre le rhumatisme où sont traités annuellement 2.000 malades par bains, douches, massages sous l'eau, applications de boues, bains de lumière, diathermie, etc.

En U.R.S.S. existent actuellement plus de 150 organisations contre le rhumatisme. Les centres d'organisation de la lutte contre le rhumatisme sont représentés par les dispensaires anti rhumatismaux ou par des cabinets spéciaux. La section rhumatologique du 3^e dispensaire unifié de Kharkov par exemple, avait sous sa surveillance en 1934, 5.000 malades. Les cabinets rhumatismaux de Moscou effectuent leur travail dans trois directions : 1) la statistique des ouvriers rhumatisants ; 2) l'étude clinique et le traitement de ces ouvriers ; 3) la propagation parmi les larges masses de notions sur le rhumatisme et sur la lutte contre cette maladie.

En U.R.S.S., le traitement des rhumatisants dans les stations balnéologiques a pris un immense développement. 144 stations balnéologiques fonctionnent actuellement en U.R.S.S., totalisant près de 64.000 lits dans les sanatoria et pouvant recevoir plus d'un demi-million de malades stationnaires.

Enfin en **Amérique** existent de nombreux hôpitaux spéciaux destinés à l'étude et au traitement du rhumatisme : à Philadelphie, à New-York, à Boston, à Chicago, à Toronto, etc. A Boston, un hôpital de 200 lits pour rhumatisants équipé avec tous les procédés modernes se terminait lorsqu'éclata la crise financière. Dans l'Etat de Massachussets existe tout un réseau de cliniques spécialisées. Au Presbyterian Hospital, au French Hospital, au Ruptured and Crippled Hospital, au Cornell and New-York Medical School and Hospital existent des « arthritis clinic » ; dans presque tous les hôpitaux généraux existe en fait une clinique spéciale pour rhumatisants, ouverte tôt dans l'après-midi, parfois le matin et demeurant souvent ouverte tard dans la soirée.

V. LA LUTTE CONTRE LE RHUMATISME EN FRANCE

La lutte contre le rhumatisme en France, n'existe pour le moment que dans le domaine théorique. Des mesures sont encore à prendre ; elles ont été admirablement mises en lumière par le Docteur M.-P. Weil.

Voyons d'abord ce qui existe. En 1929 fut créée la Ligue française contre le rhumatisme dont le premier président fut le Professeur Marcel Labbé. En 1930, après avoir pris part à deux Congrès internationaux (Budapest et Liège) la Ligue française contre le rhumatisme tint sa première réunion scientifique au Musée social. A cette première réunion trois communications importantes furent faites : « La myocardite rhumatismale essentielle » (Etienne) ; « Le rhumatisme blennorragique » (Léri) et « La calcémie chez les rhumatisants » (M.-P. Weil).

En 1929 et 1930 la Ligue tint de nombreuses réunions où la lutte contre le rhumatisme est la préoccupation essentielle.

En 1931, le Professeur Bezançon et le Docteur M.-P. Weil sont désignés comme rapporteurs de la

question « Affections rhumatismales et tuberculose » pour le Congrès de Rome qui devait se tenir à Rome en 1932. Ce Congrès eut lieu finalement non pas à Rome mais à Paris et eût un éclatant succès ; 23 nations avaient été représentées, 420 congressistes y prirent part.

A la même époque fut fondée la *Revue du rhumatisme* et la Ligue fut reconnue d'utilité publique.

Depuis, la Ligue augmenta progressivement le nombre de ses adhérents. Le Professeur Laignel-Lavastine en est actuellement le président. Tous les ans depuis 1935 a lieu une « Journée du rhumatisme » où les questions les plus importantes sont discutées.

* * *

Si dans le domaine théorique et scientifique, la France n'a rien à envier aux autres nations, il n'en est pas de même en ce qui concerne les réalisations pratiques.

Nous ne pouvons mieux faire à ce sujet que reproduire entièrement les *desiderata* exprimés avec tant d'énergie par M. Mathieu-Pierre Weil (*Revue du rhumatisme*, mai 1936).

« Tout ne peut se créer en un instant et puisqu'il
« convient de commencer par ce qui est véritablement
« le plus urgent qu'il nous soit permis d'attirer l'atten-

« tion des pouvoirs responsables sur trois créations
« qui s'imposent immédiatement :

« **1) Le centre de diagnostic et de traitement**
« a comme mission la reconnaissance des formes et
« l'application de thérapeutiques appropriées. Il sera
« doté de lits, de laboratoires de bactériologie, de
« physico-chimie, de médecins spécialistes en rhuma-
« tologie et dans les sciences connexes (cardiologie,
« otorhino-laryngologie, gastro-entérologie, maladie
« du foie et des reins, des organes génitaux, etc.),
« d'un service chirurgical et orthopédique et de tous
« les procédés modernes de traitements anti rhuma-
« tismaux chimiques, bactériologiques, physiques
« (électrologie, radiothérapie, douche d'Aix, de Vichy,
« etc.).

« L'Institut restera ouvert le soir afin de permettre
« aux malades de s'y rendre, une fois leur journée de
« travail terminée. Il sera doté d'assistantes sociales
« chargées de dépister et de surveiller les malades,
« de s'assurer de leurs conditions de logement, d'hy-
« giène, d'alimentation, leur apportant les conseils et
« l'aide nécessaire.

« **(2) Le sanatorium pour rhumatisants** sera des-
« tiné aux convalescents de rhumatisme articulaire
« aigu et aux poussées subaiguës de rhumatisme chro-

« nique. Il n'est plus tolérable de renvoyer chez eux
« les rhumatisants aigus dès que la poussée qui a
« nécessité leur admission à l'hôpital a pris fin ;
« nous savons aujourd'hui qu'à ce moment le malade
« n'est qu'apparemment guéri, que souvent c'est
« alors que la cardiopathie se développe et que son
« avenir va être fonction de ce que sera sa convales-
« cence qui doit être longuement poursuivie, pendant
« des mois, des semestres parfois, dans le repos total
« et l'air pur. Nous savons d'autre part combien sont
« longues les poussées subaiguës de rhumatisme chro-
« nique. L'hôpital n'est pas fait pour ces malades,
« pas plus que ne le sont les asiles. Aux rhumatisants
« subaigus le sanatorium est au moins aussi utile
« qu'aux tuberculeux. Tous les rhumatisants ne relè-
« vent d'ailleurs pas des mêmes cures. La plupart des
« formes d'ostéoarthrite hypertrophique dégénéra-
« tive leur échappent et parmi les autres rhumati-
« sants le sanatorium ne revendiquera que ceux non
« encore arrivés à une infirmité trop grande et pour
« lesquels on peut envisager sinon une guérison com-
« plète du moins une guérison suffisante pour que
« l'intéressé puisse subvenir par la suite à sa propre
« subsistance.

« **3) Le bureau de travail et de récupération
fonctionnelle** aura une double mission : 1^o celle

« de diriger le sujet vers les métiers qui conviennent
« à ses qualités physiques ; il n'est plus admissible
« que nous continuions à voir des porteurs aux halles
« atteints de luxation de la hanche ; 2^o celle de trou-
« ver au rhumatisant chronique le travail pour lequel
« il demeure apte. Et nous n'assisterons plus à ce
« scandale permanent d'un ouvrier qui devient un
« déchet social parce qu'il présente une lésion chroni-
« que de l'articulation sans laquelle il ne peut plus
« exercer son métier antérieur.

« A ces trois créations dont nous demandons la
« réalisation urgente, on ne saurait réduire la lutte
« contre le rhumatisme. De nombreuses mesures
« autres méritent de retenir l'attention et d'être
« étudiées avec soin. Mais celles-là nous apparaissent
« de beaucoup les plus immédiatement indispensables
« et urgentes. Nous demandons que les pouvoirs
« publics veuillent bien aussitôt les mettre à l'étude
« avec la volonté d'aboutir ».

*
* *

Nous ne saurions, enfin, passer sous silence,
l'existence en France du seul groupement qui s'occupe
au point de vue social des rhumatisants, c'est « L'en-
tr'aide des rhumatisants » qui a été fondée en 1931
par le Docteur H. Dausset.

Cette œuvre a été créée, comme le dit Dausset « parce que les rhumatisants pauvres et impotents « ne sont secourus par personne et parce que cette « entr'aide » leur donne la possibilité de se soigner ». Grâce aux cotisations des adhérents, aux conférences, fêtes et ventes de charité, grâce aux subventions du Conseil général et du Conseil municipal, l'œuvre a pu vivre et rendre de très grands services.

1) 200 rhumatisants sont visités régulièrement par une assistante sociale et soignés à domicile ou à l'Hôtel-Dieu.

2) Ils sont aidés pécuniairement et moralement.

3) Un vestiaire a été organisé.

3) L'œuvre a payé des loyers, a créé une bibliothèque etc.

5) Plusieurs rhumatisants ont été envoyés aux eaux minérales.

6) L'œuvre a procuré du travail facile, porté à domicile, à ceux qui pouvaient l'exécuter.

7) Une tricoterie a été organisée, permettant aux femmes de gagner leur vie, tandis qu'on procurait d'autres travaux aux hommes.

VI. CONCLUSIONS

1) Le rhumatisme chronique avec ses différentes formes et modalités cliniques et évolutives, constitue une maladie spéciale qui ne peut être soignée dans les établissements hospitaliers de médecine générale, aussi modernes soient-ils.

2) En raison de la gravité de ses conséquences individuelles (invalidité partielle ou totale) et sociales (sommes considérables dépensées par les Caisses et Sociétés d'assurances) presque tous les pays d'Europe mènent depuis près de 15 ans une lutte intense contre le rhumatisme.

3) Cette lutte doit être menée aussi bien dans un but prophylactique que dans un but curateur.

4) La prophylaxie des affections rhumatismales chroniques comprend l'ensemble des mesures destinées à combattre les causes favorisant l'apparition de rhumatismes : humidité, manque de soleil, traumatismes répétés, froid, etc.

5) Le traitement des affections rhumatismales doit se faire actuellement dans des établissements spécialisés capables d'administrer des traitements prolongés (de plusieurs mois) et d'associer au même endroit les différents moyens thérapeutiques actuels : physiothérapie, massages, traitement chimique, etc.

6) Ces établissements doivent être pourvus de laboratoires capables de pratiquer tous les examens de spécialité nécessaires : chimiques, bactériologiques, hématologiques, etc. Dans ces hôpitaux pour rhumatisants la collaboration du médecin, du chirurgien, de l'orthopédiste, du stomatologue, du gynécologue, etc. est plus nécessaire que partout ailleurs.

7) Enfin, la création d'un bureau d'orientation professionnelle est indispensable et aura un double but : diriger le sujet vers les métiers qui conviennent à ses qualités physiques ; trouver au rhumatisant chronique le travail pour lequel il demeure apte.

Vu :
le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de la thèse :
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLÉTY.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- Bezançon et Weil (M.-P.).** — *Climatothérapie et hydrothérapie de rhumatismes chroniques*, (Monde méd., 1^{er} janvier 1935).
- Bach.** — *Le centre de diagnostic de traitement de Peto Place*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).
- Coppman.** — *La lutte contre le rhumatisme en Angleterre*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).
- Cmunt.** — *La lutte contre le rhumatisme en Tchécoslovaquie*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).
- Dreyfus (Gilbert).** — *Rhumatismes chroniques et chrysothérapie en 1933*, (Revue du rhumatisme, 1934, n° 6, p. 291).
- Forestier.** — *Les centres de traitement anti-rhumatismaux en Suède*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).
- Jung.** — *La chirurgie des parathyroïdes*, (7^e Congrès de Chirurgie, Paris 1933).
- Leriche.** — *Chirurgie du rhumatisme chronique progressif généralisé*.
- Loeper et Degos.** — *L'orientation du traitement des rhumatismes chroniques*, (Progrès médical, 30 octobre 1930, p. 1877).
- Loeper et Bory.** — *Le soufre en biologie et en thérapeutique*, 1 vol., Doin, 1932.

Loeper, Machoudeau et Michaux. — *L'épreuve du tophus calcaire provoqué*, (Soc. méd. hôp., mai 1934).

Langlois. — *Le rhumatisme dans l'enfance*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).

Pollak. — *Rhumatisme et condition sociale*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).

Weil (M.-P.). — *Les indications respectives des stations hydro minérales dans les états rhumatisants*, (Presse méd., 16 décembre 1931).

— *Cure climatique et rhumatismes*, (Traité de climatologie, biologie et médicale, de M. Pièry, 1934).

— *Le traitement du rhumatisme, œuvre sociale*, (L'Hygiène sociale, mai 1936).

— *La lutte contre le rhumatisme en France*, (Revue du rhumatisme, mai 1936).

Simon (René). — *Chirurgie parathyroïdienne et rhumatisme chronique*, Doin, juin 1934.

Welti (H.). — *La chirurgie des parathyroïdes*, (1^{er} Congrès de chirurgie, Paris 1933).

